

FYLLES UT AV SKADELIDTE

Les dette før du fyller ut skjemaet

Skademeldingsskjemaet består av to deler. Del 1 skal fylles ut og signeres av skadelidte. Del 2 skal fylles ut og signeres av arbeidsgiver på skadetidspunktet, dersom du er ansatt i staten.

Vi ber om at du fyller ut alle feltene i skjemaet. Utfylt skjema sendes til Statens pensjonskasse. For flere opplysninger om forsikringsordningene i Statens pensjonskasse, se www.spk.no.

SKADEMELDINGEN GJELDER

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yrkesskade/Yrkessykdom | <input type="checkbox"/> Skade under verneplikt/sivilforsvaret | <input type="checkbox"/> Reiseulykke/tjenestereise |
| <input type="checkbox"/> Dødsfall (Avdøde anses som "skadelidte") | <input type="checkbox"/> Trafikkulykke | |

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Privat adresse:	
Postnummer:	Poststed:
E-post:	Telefon:
Arbeidsgiver:	Organisasjonsnummer:
Brutto årslønn, året før skadeåret: kroner	Brutto månedslønn på skadetidspunktet: kroner
Fast tillegg pr. måned: kroner	Kontonummer:

OPPLYSNINGER OM SKADEN

Når inntraff skaden? Dato:	Klokkeslett:		
Hvor inntraff skaden (skadested)? Kryss av:			
<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted eller tjenestereise	<input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeidsstedet	<input type="checkbox"/> Annet - spesifiser hvor:
<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder		<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden	

Beskriv hendelsesforløpet ved skaden: Hvordan skjedde skaden? Hvilke skade ble du påført? (Bruk gjerne eget ark)

Er skaden/sykdommen meldt til: Kryss av:

NAV Arbeidstilsynet Politiet Ingen av alternativene

Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? Kryss av:

Ja Nei

Er noen andre ansvarlig for skaden? Kryss av:

Ja Nei Hvis ja, oppgi hvem:

Var det vitner til hendelsen? Kryss av:

Ja Nei Hvis ja, oppgi navn:

Telefonnummer til eventuelle vitner:

HELSEOPPLYSNINGER I FORBINDELSE MED SKADEN/SYKDOMMEN

Hvilken kroppsdel er skadet?

Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle skaden/sykdommen (dato)?

Beskriv din helsetilstand i dag: (Bruk gjerne eget ark)

Er du under behandling for skaden/sykdommen? Kryss av:

Ja Nei

Er du blitt påført varig skade/sykdom? Kryss av:

Ja Nei

Er du i dag:

Arbeidsfør Delvis sykmeldt Helt sykmeldt

Oppgi eventuelt dato for sykemeldingsperiode(r):

OPPLYSNINGER VED YRKESYKDOM

Dette fylles ut kun dersom skademeldingen gjelder yrkessykdom.

Hvilken sykdom søker du om erstatning for?

Hvor og når skjedde den skadelige påvirkningen?

Når viste de første symptomene seg?

OPPLYSNINGER VED TRAFIKKULYKKE

Dette fylles kun ut dersom skademeldingen gjelder trafikkulykke.

Hvilket forsikringsselskap er ulykken meldt til?

Oppgi bilens registreringsnummer:

Oppgi skadenummer hos forsikringsselskapet:

Vi ber om at du legger ved kopi av trafikkskademeldingsskjemaet.

OPPLYSNINGER OM YTELSE/ERSTATNINGER

Mottar du eller har du søkt om uførepensjon fra Statens pensjonskasse eller fra et forsikringsselskap? Kryss av:

Ja Nei

Hvis ja, hvilke forsikringsselskap?

Mottar du eller har du søkt ytelser fra NAV? Kryss av:

Ja Nei

Hvis ja, hvilke ytelser har du søkt om? Kryss av:

Ytelser ved yrkesskade Ménerstatning Sykepenger
 Arbeidsavklaringspenger Uføretrygd

Er du ulykkesforsikret i et forsikringsselskap? Kryss av:

Ja Nei

Hvis ja, i hvilke forsikringsselskap er du ulykkesforsikret?

Er skaden meldt til et forsikringselskap? Kryss av:

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi skadenummer:

Er det utbetalt noen form for erstatning for skaden? Kryss av:

Ja

Nei

Hvis ja, fra hvem og hvor mye? Fra:

Kroner:

SIGNATUR

NB! Oppgi navn og kontaktopplysninger dersom skademeldingen er utfylt av andre enn skadelidte.

Sted/dato:

Underskrift:

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSFORHOLDET

Skadelidtes navn:

Skadelidtes yrke/stilling:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Skadelidte er:

Fast ansatt

Midlertidig ansatt

Annet, beskriv:

Skadelidte er:

i full stilling

arbeider deltid

Ved deltid, oppgi prosent:

prosent

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER

Navn på virksomheten:

Organisasjonsnummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststed:

Kontaktperson:

Telefon:

E-post:

OPPLYSNINGER OM SKADEN

Når inntraff skaden/sykdommen? Skadedato:

Klokkeslett:

Hvor inntraff skaden (skadested)? Kryss av:

På vanlig arbeidsplass

Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted eller tjenestereise

På vei til/fra arbeidsstedet

Annet - spesifiser hvor:

På vei mellom arbeidssteder

Privat ærend i arbeidstiden

.....

Beskriv hendelsesforløpet ved skaden/sykdommen: Hvordan skjedde skaden/sykdommen? Hvilke skade/sykdom ble påført?
(Bruk gjerne eget ark)

SIGNATUR

Dato:

Underskrift: